

Title	在宅医療の新しい潮流を巡る考察
Author(s)	金子, 博光
Citation	平成30年度学部学生による自主研究奨励事業研究成果報告書
Issue Date	2019-04
oaire:version	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/71942
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

平成30年度学部学生による自主研究奨励事業研究成果報告書

ふりがな 氏 名	かねこ ひろみつ 金子 博光	学部 学科	医学部 医学科	学年	2 年
ふりがな 共 同 研究者氏名		学部 学科		学年	年
					年
					年
アドバイザー教員 氏名	楽木 宏実	所属	大阪大学 大学院 医学系研究科		
研究課題名	在宅医療の新しい潮流を巡る考察				
研究成果の概要	研究目的、研究計画、研究方法、研究経過、研究成果等について記述すること。必要に応じて用紙を追加してもよい。(先行する研究を引用する場合は、「阪大生のためのアカデミックライティング入門」に従い、盗作剽窃にならないように引用部分を明示し文末に参考文献リストをつけること。)				

□.【着想に至った経緯 と 研究目的】

- 在宅医療に携わる医師による各種論考・著作を通じて、在宅医療では変革が起こりつつあることは感じていた。加えて、日本在宅医学会(2018年4月)にて、在宅医療の最前線で活動する医師や看護師の方々とディスカッションする機会を得ることで、在宅医療の最前線では「在宅医療の新しい潮流」が生じており、今後の在宅医療のあり方に大きな影響を与えてゆくと直感した。
- 一方で、実際に在宅医療に従事している医師の数は不足しているようである。その理由は多様であるが、24時間体制での対応の難しさを挙げる医師も多い。病院医療と比較すると在宅医療でのデータベース整備は途上にあり、エビデンスが乏しいことも一因としてあるかもしれない。
- 上記のような経緯により、在宅医療の最前線では何が問題になっており、どのような変革が生じつつあるのかを実感し自分なりに整理したいと考えるに至った。
- 全体構想では、在宅医療の現場で生じる課題を臨床疫学研究の俎上に載せたい。
このため本研究では、在宅医療での臨床疫学研究を推進するための問題点も把握したいと考えた。

□.【研究計画】

- ① 在宅医療の現場に同行し、多職種の方々にインタビューを重ねることで在宅医療の現場で生じている課題を構造的に理解・整理する。
- ② 在宅医療の「新しい潮流」の湧源となっている医師・看護師が、どんな課題をどのように解決してきたかを現場同行とインタビューにより捉え、比較検討し、成功要因を抽出する。

□.【研究方法】と【主な調査項目】

- 本研究では 4 つのクリニックに対して、訪問診療及び訪問看護の現場同行をさせて頂き、並行してクリニックの院長(理事長)、及び、スタッフに対するインタビューを実施させて頂いた。4 つのクリニックに関する基礎情報は以下の通り(情報保護の観点から拠点名・エリアは伏せ数値は概数とした)

拠点名	医師数	患者数	看取率	法人としての内製化範囲
A	50	1,500	70%	医・運転・事務
B	4	200	65%	医・事務
C	4	200	95%	医・看・ケアマネ・栄養・臨宗・運転・事務
D	3	200	90%	医・看・ケアマネ・栄養・運転・事務

- 本研究で主な調査対象とした項目は以下の 6 つである
 - (1)在宅医療で看取まで対応できる患者・対応できない患者の範囲
 - (2)在宅医療チーム(医・看・歯・薬・介護・ケアマネ等)の連携上で独自にしている工夫
 - (3)在宅医療の「成果」の測定方法とその達成水準(例:各種 PRO、看取率)
 - (4)患者が直面する問題と、PRO(患者満足度・QOL・ADL 等)を良好に保つ工夫・仕組み
 - (5)家族が直面する問題と、家族満足度・QOL を高く保つ工夫・仕組み
 - (6)ICT の活用局面・活用方法

□.【研究成果】

(1) 在宅医療で看取まで対応できる患者・対応できない患者の範囲

- (予測していたこと)本研究を開始する前の段階では、独居認知症などの「困難事例」の患者に関しては、対応可能であるクリニックと対応できないクリニックに二極化しているであろうと予測していた。その理由としては、各クリニックが有する在宅看取りのためのスキルセットや保有している人的リソースなどの制約があることを予測していた。
- (結果)今回インタビューを実施した各拠点については、各クリニックにおいても実際に対応している患者の傾向は大きく異なった。末期がんの患者が多いクリニック、非がん患者が多いクリニック、施設患者比率の多寡なども様々であった。しかし、その原因はクリニックのもつスキル・リソースからの制約よりも、病院・患者・ケアマネなどによるセレクションの影響を強く受けているのが実情のようであった。今回インタビューさせて頂いたクリニックに関しては、いずれもあらゆるタイプの患者に対応できる構えを有しているものの、結果として受入している患者層は、マーケットのニーズを反映して大きな違いが生まれていた。
- (考察)これらの状況は、エリアごとの患者ニーズの傾向及び周辺の競合(同業)クリニックと比較して相対的に何が得意だとみられているかといったマーケット事情が大きく影響しているようである。また、在宅看取を実現したいという経営者のポリシーや、他クリニックを転出した困難事例(例:家族間の関係性がこじれている)であっても断らないといった基本方針に裏付けられた傾向も反映されている。

(2) 在宅医療チーム(医・看・歯・薬・介護・ケアマネ等)の連携上で独自にしている工夫

- (予測していたこと)本研究を開始する前の段階においては、よりよい多職種連携を実現するためには、『複数の医師が協働するチームを組みつつ、コメディカルが分担する範囲を従来よりも大きく広げ、医師の役割を診断・処方など専門性の高い領域に局限すること。一方、入院時・退院前カンファレンスなど患者の療養計画を大きく左右する場には在宅医の積極介入が必要』と予測していた。
- (結果)今回のインタビュー及び現場同行を通じて理解できたこととしては、医師ではない別の職種による「ハブ機能」が多職種連携を行う上で非常に重要な役割を果たしているという現実であった。クリニックの中に医師だけを内製化している場合であれば、ハブ機能は、看護師バックグラウンドを持つ連携室が担う場合と、経験を積んだ事務職が担う場合とがあった。一般に、看護師バックグラウンドを持つ連携室機能がある場合には、連携上は優位である。その背景には、看護師というバックグラウンドを活かして、訪問看護との医療的なやり取りを医師に仲介すること、初回訪問時は診療に同行することで患者・家族・病態への理解を深めるといったことができるという事情がある。

一方、退院前カンファレンスにおいて在宅医、及び、上記のハブとなる人材が同席することは在宅医療の多職種連携上非常に有意であるということは事前の予測通りであった。退院前カンファレンスは、患者と在宅医との初めての出会いの場になる場合も多く、患者・家族は在宅医療を通じて何を實現したいのか、何が實現可能なのか、患者・家族は何を覚悟すべきなのかといった将来に向けた具体的な話し合いの初回としての役割を担うこともあり、患者・家族にとって在宅医療への理解を深める貴重な機会となっていた。また、病院側にとっても、どのような患者が在宅医療に適合するのかを学び取る機会としても有効に機能しているようであった。

- (考察) ハブ機能に対する理想的な人材要件とは何だろうか？ 一つの究極系は、同一法人内に訪問看護ステーションとケアマネ機能とをもち、その長(訪問看護師)がハブ機能を担う場合であると感じられた。実際、今回訪問した4拠点のうち2拠点ではそのような形態をとっていた。調査項目(3)在宅医療の「成果」の測定方法とその達成水準の考察でも述べるが、自宅で最期を迎えるまでには、家族だけでは乗り切れない問題がたくさん生じる。それを現場で早く感じ取り、必要な対応方向性を見極めて対応する力があるのは現場の訪問看護師であり、実際に今回のインタビュー・同行では、以下のような提言を在宅医療チームに対して行っているのを間近で感じることができた。
 - 医師がどのタイミングで、患者・家族にどんなコミュニケーションをすべきか、を提言
 - 病状、介護力、経済状況、家族の考え等を考慮し、患者の希望を實現できるチームを提案(チームの範囲としては、医療・看護・介護に加え、家族・友人・ボランティアをも含む)
 - 訪問看護師として、医療からのアプローチだけでなく、家族の問題や生活状況までを総合的にみて優先順位を付けて対応(例:家族の意見の対立を解決するための家族会議を企画)上述のように「同一法人内に訪問看護ステーションを持ち、その長が多職種連携上のハブ機能を担う」のは一つの理想形ではある。しかし、常にそれはマーケットの状況に応じて変化する。

具体的には、以下のような事情がある

- マーケット上に、既に優秀な訪問看護ステーションが複数ある場合、同一法人内で新たに訪問看護ステーションを立ち上げる必要性が低い
- 仮に訪問看護ステーションを立ちあげても、規模がある競合(例:ベネッセ)の水準にまで教育コストをかけて人材を育成することは、一法人には困難であることも多い

(3) 在宅医療の「成果」の測定方法とその達成水準(例:各種 PRO、看取率)

(4) 患者が直面する問題と、PRO(患者満足度・QOL・ADL 等)を良好に保つ工夫・仕組み

(5) 家族が直面する問題と、家族満足度・QOL を高く保つ工夫・仕組み

- (予測していたこと)本研究を開始する前の段階においては、在宅医療の「成果」を計測する上での指標は、『在宅医療では、効果測定・PDCA サイクル構築のためにも、患者起点のアウトカム(PRO)(特に、QOL/QOD)を組み入れる重要性が増している』と予測していた。

さらに、課題に対してシステマティックにアドレスすることで、在宅医療の「成果」を得るための標準的な在り方を確立できるのではないかと期待もあった。

- (結果)今回インタビューを実施した各拠点については、QOL/QOD を計測し、それを評価指標として活かしている拠点には尋ねあたらなかった。現時点では、QOL/QOD に代わる成果指標として意見の統一がみられるような指標は見当たらない。本研究では仮に、『看取率』を高めようとした場合に、どのような障壁があるのか、どのようにしてその障壁を乗り越えているのか、につきインタビューを通じて考察した。
- (考察)在宅医療が始まってから、患者本人及び家族が納得・満足した在宅看取りに至るまでには数多くの困難が存在し、その理由も、対処法も多様であった。本研究では、在宅医療の導入から在宅看取りに至るまでの時期を便宜的に5つに分類し、時期別に考察を加えた。

- 1. 導入期:患者入院後・退院までに、在宅医療が選択されるまでの期間
- 2. 過渡期:在宅医療が選択されてから定常運転に至るまでの期間
- 3. 安定期:在宅医療が定常運転され、患者の容体も安定している期間(目安:数年以内)
- 4. 急変期:在宅医療が定常運転され、患者の容体が急変する局面(期間)
- 5. 長期化:在宅医療が定常・安定運転され、在宅医療が長期に及ぶ局面(目安:数年超)

上記の5つの時期ごとに、典型的にみられる障害(=患者の意思に反して在宅医療を途中でやめてしまい、在宅での看取りまで至らないこと)とその背景(理由)は多様である。今回のインタビュー・現場同行を通じては、断片的ながら、以下のような実情を把握することができた

	見受けられた障害(例示的)	障害が生じる背景(例示的)
1.導入期	在宅医療が適する患者であっても、入院・退院時に在宅医療が選択肢として提示されないことがある	<ul style="list-style-type: none"> ●病院側に在宅医療に適用可能な事例への知見が不足 ●入院中の患者意向の聞き取りとその実現可能性の検討など十分なコミュニケーションがなされない場合がある
2.過渡期	在宅医療が選択されたものの、退院後の移行がうまくいかず、定常運転にまで至らないことがある	<ul style="list-style-type: none"> ●患者容体の変遷や直面しうる問題に対して、患者・家族が十分な理解に達しておらず、こんなはずじゃなかったと施設等に転じる場合がある ●患者本人の意思を確認し、在宅医療チーム全体でその思いを受け止め、実現に向けて検討する仕組みがないこと

3.安定期	遠方の家族などが介入し、患者本人の意思に反して在宅医療の継続が困難になることがある	●遠方家族は介護に直接参与できず、在宅医療に対する患者本人の満足度も把握しにくい。このため、せめて入院させることで患者満足度・世間体を保とうと考える傾向がある
4.急変期	容体が急変したときにあわてて救急車を呼び、患者本人が望まない蘇生措置・延命措置が施される、或いは、そのまま入院先で亡くなってしまうことがある	●急変に対する事前の心の準備が充分でない場合、ある程度覚悟はしていてもいざその場になると慌ててしまい事前に打ち合わせていた行動がとれない場合がある ●患者の意思が多職種間で共有されておらず、たまたま居合わせたヘルパー等が救急車を呼んでしまうようなケースもみられる
5.長期化	介護が長期化すると、家族が疲弊する。結果、共倒れとなり、最期は施設での看取りとなることもある	●家族としては、極力自分で介護したいという気持ちが起こり社会資源の活用が充分になされないことがある。特に認知症など介護が長期化する疾患で生じやすい

これらの障壁に対処するためには、各クリニックとも多様な対処法を試みていた。これらの対処法は、【O】多職種間連携・課題に対する対処法(＝オペレーション)、【H】心身の痛みや苦しみを感ぜせないような緩和ケア(＝ハードスキル)、【S】患者・家族との信頼関係を踏まえて安心して自宅で過ごすことをサポートできるコミュニケーション(＝ソフトスキル)という3つに分類すると理解しやすい。

	納得・満足した在宅看取実現のための対処法(例示的)
1.導入期	【O】退院時カンファレンスを医療(病院、在宅)・看護・ケアマネ・患者・家族を含めて行い、患者・家族が在宅医療を理解・覚悟する場をつくる 【O】在宅医療にスムーズに移行するための退院支援を病院において積極的に行う
2.過渡期	【O・H】初回訪問時～在宅医療の導入初期に、今後患者・家族に生じうる変遷を説明しイメージを持ってもらうこと。緩和ケアでできること・できないことを理解してもらう 【O・S】患者の意思を都度確認できる体制を作る 【S】患者・家族と主治医との信頼関係を早期に構築する
3.安定期	【O】遠方家族を含め、患者本人の意思を確認し、有事の際のサポート体制を確認し、意思統一を図る場をつくる 【O】遠方家族が患者の様子を定期的に確認する手段をアプリ等で実現させる 【S】ケアプラン全体を見通して多様な利害関係を調整し、患者の思いを実現させる
4.急変期	【O・H】予後の見通しがつくように患者・家族が充分な知識をもてるようにし、急変時の対処法についてもチームと合意形成しておく 【O・H】看護に対し医師が急変時対応を事前指示することで初期対応を迅速化する。苦痛を除く緩和ケアを適切に行う 【O】急変に至る予兆を捉え、急変に対して事前に手を打ち急変を未然に防ぐ
5.長期化	【S】適切なタイミングで必要な社会資源を導入するよう、家族を説得する。社会資源を最大限に活用することで、家族負担を最小化させてサステイナブルな介護体制を作る 【S】前提として、在宅医療チームの中に、家族と密にコミュニケーションをとって説得することができる人材がおり、かつ、保険制度にも熟知している人材もいるということが必須である

上記の対処法のうち、オペレーション部分【O】とハードスキル部分【H】は比較的システムティックなアプローチとの親和性が高いと考えられる。一方、ソフトスキル部分【S】は個別性が強く、また、医療者の属人的な技量や個性に依存する部分が大きく、課題解決の上でキモになる部分でもある。当初想定していた以上に、在宅医療の文脈ではシステムティックなアプローチでは対処しきれない部分が多いことは今回の大きな発見(学び)のひとつであった。

(6) ICT の活用局面・活用方法

- （予測していたこと）本研究を開始する前の段階では、在宅医療における ICT の利用は急速に広がっており、特に以下のような局面で重要な役割を果たしているのではないかと予測していた。
 - （i）電子カルテを中心とした日々の業務の効率化
 - （ii）多職種間での情報連携の高度化
 - （iii）症状の「急変」に対して先制的に対処するためのモニタリング
- （結果）ICT 化は在宅医療の現場では非常に浸透していた。特に、（i）日々の業務の効率化では、各クリニックとも独自の ICT 体系を取り入れて効率化を図っていた。他方、（ii）多職種間での情報連携の高度化に対する ICT 活用は拠点間でのスタンスの違いが大きかった。情報連携を医師・訪問看護師・ケアマネ・患者家族を含めて同一のプラットフォーム上で行っているクリニックがある一方で、他法人との連携は電話・FAX をメインに使い続けているクリニックも見られた。後者の場合はハブとなる人材（看護師バックグラウンドを持った連携室など）の連携上の役割がより大きくなっていた。（iii）ICT を通じて急変を事前に察知して先制対処しているクリニックは見られなかった。これは今後の課題であるかもしれない。実証的な試みは既にいろいろ行われていることも分かった。

ICT 化の方向性は、オペレーションを効率化・高度化する方向性と、コミュニケーションの質・量を高める方向性の大きく二つに分けることができる。これらの方向性ごとの ICT 化に対するニーズと、その実例（実用段階・実証段階）につき、今回のインタビューを通じて以下のように把握できた。

		ICT 化に対するニーズ（例示的）	ICT 化を通じて実現されていること（実例より引用）
コミュニケーション	オペレーション	① カルテ入力への負担を軽減したい ② 患者宅への配車や急な往診に対応するため、医療車両の場所や患者宅情報を一元的に管理したい	① 電子カルテ化と音声入力サポート（例：音声で吹き込み、オペレーターがカルテ入力） ② 配車システムの導入（複数ある車両の位置情報及び患者宅情報を管理）
	对患者	③ 患者のバイタル情報を定期的に把握し、悪化の予兆をつかみたい ④ 問診を事前にしっかりと行いたい ⑤ 通院困難な患者に対し、定期訪問の頻度は上げずに、より頻度高く状況を把握したい	③ 患者が自宅でバイタル情報や生活状況につきデバイス等を通じて記録（オンラインモニタリング） ④ 患者が質問項目に対してオンライン上で答えることで、必要な情報を取得するとともに、回答内容を自動的に処理して重要な所見をあらかじめ抽出して医療者に提示する（オンライン問診） ⑤ 訪問看護が患者宅にいる状況で医師が遠隔で診療する（オンライン診療）
	対家族	⑥ 診療状況を家族も把握したい ⑦ 家族から医療関係者に対し、容体の変化などを日常的に伝えたい	⑥ 誰でも容易に使えるアプリ等を利用し、患者・家族が診療状況を閲覧することができるようにする ⑦ 家族も情報を発信できるようにし、医療者が患者の日常の様子・困り事等を把握できるようにする
	多職種	⑧ 必要な情報連携をスムーズに、しかし、ごく簡単に行いたい	⑧ メーリングリストやスマホアプリなどの簡単なツールによって情報共有を行う
	他医院	⑨ 在宅医療・緩和ケアのスキルが充分でない医師に対し、熟練医が遠隔からサポートできるようにしたい	⑨ 熟練医が、実際の患者の様子（例：声のほり、顔色）を TV 電話等を通じて診つつ、患者・現地在宅医と会話し、現地在宅医に対して緩和ケアスキルの移転を図る

- （考察）多職種間連携、及び、患者本人及び家族が納得・満足した在宅看取りを実現するにあたり、情報連携の核となる人材とそのコミュニケーションスキルが重要になっている局面が多くみられた。

これらの要素は非常に属人的・個別的な要素を含んでいること、そして、同時に ICT が果たしうる(潜在的な)役割は大きいことを感じた。特に、多職種間でのコミュニケーションに留まらず、患者・家族とのコミュニケーションにも ICT を導入することの利点は大きい。家族・患者に対しても開かれたものとするためにも、導入が容易で操作性も容易であるツールが有効であろう。

V. 【総合考察・所感】

患者・家族の満足度・納得度を高める在宅医療に向けて

- 複数クリニックの現場同行・インタビューを通じて、クリニックが異なれば実現されている医療の特色は大きく異なることを肌で実感した。背景として、クリニック(と医療圏)が異なれば、活用できる社会資源・地域住民のニーズ・経営者のポリシーが異なるという事情があることを理解できた。
- 患者・家族が、(在宅)医療に対してどれだけ納得・満足できているかの測定(≒QOL・QOD の測定)は難しく、改善させるためのドライバーが何にあたるのかを特定して改善策を施すことには更なる困難がある。その根底にあるのは、患者・家族のニーズはとても個別的なものであり、その対応法もまた個別的・属人的とならざるを得ないという事情がある。
- そのような個別的・属人的な要素を踏まえながらも、地域における(在宅)医療に対する期待・ニーズがどのようなものであるかをできるだけ高い解像度で把握し、医療圏ごとに選択可能な対応方法と対応させてゆくことは非常に重要なことであると改めて感じた。その前提として、個別疾患の患者・家族に対する負担の程度の医療的な観点からの理解や、疾患ごと・進行度に応じて利用できる医療保険・介護保険の現状等についての制度的・社会福祉的な理解は必要であると理解できた。今後の学生生活を通じて、このような側面でも理解を深めていきたいと改めて感じている。

在宅医療における臨床疫学研究に向けて

- 在宅医療の文脈において臨床疫学的な研究は必ずしも進んでいない。今回の各種インタビュー、及び、各種研究会の聴講を通じ、その背景を以下のように理解することができた。
 - 在宅医療ではサービスの個別性が強く、Case と Control を取りにくい
 - 一つのクリニックで患者数が数十～200 程度と多くはなく、同一の症例でそろえたとさらに絞られるため、サンプルサイズを確保しにくい
 - 臨床研究に興味を持っているクリニックは少数派で、中にはカルテを見せられないというところもあり、数を集めるのには難航する
- また、学部生のうちに臨床疫学研究に取り組むためにはいくつかの困難があることの理解を改めて深めることができた。
 - 臨床研究をするにあたっての問いの設定は、臨床現場の場数を踏まないと生まれにくい
 - 臨床の現場の方々と会話をする際にも、臨床の知識がある程度ないとついていけない
 - 新たにデータベースを構築する場合、信頼関係の構築が必須であり、学部生のうちに実現することは難しい(10 年レベルでかかると考えた方がよい)

- 上記のような事情により、学部のうちにはしっかりした既存のデータベース(例:JPHC)に基づいて、論文を書きながら、疫学の基礎を学ぶことに特化するのがよいとの思いを強めている。

VI. 主な参考文献一覧

- 『上野千鶴子が聞く 小笠原先生一人で死ねますか』(上野千鶴子・小笠原文雄著)
- 『なんとめでたいご臨終』(小笠原文雄著)
- 『正・続 在宅医療が日本を変える』(中野一司著)
- 『退院支援ガイドブック』(宇都宮宏子著)